

## Résztevői nyilatkozat

### Résztevő nyilatkozata

Alulírott \_\_\_\_\_ jelentkezek a Csíksomlyói Ifjúsági Találkozóra (CSIT), amely a Főegyházmegyei Ifjúsági Főlelkészség által kerül megszervezésre Csíksomlyón 2018. augusztus 14 -18. között.

A 677/2001-es személyes adatok védelmére, feldolgozására és szabad közlekedésére vonatkozó törvény értelmében, beleegyezem, hogy a Főegyházmegyei Ifjúsági Főlelkészség feldolgozza a regisztráció során megadott adatokat a Csíksomlyói Ifjúsági Találkozó résztvevők nyilvántartása céljából.

Hozzájárulok, hogy a CSIT ideje alatt készült fotókat, videókat, amelyeken szerepelek, a szervezők közlétegyék a közösségi médiában (pl. facebook, instagram) és felhasználják a rendezvényről készült sajtóanyagokban.

### Szülői beleegyezés

(kiskorú gyerek esetén)

Alulírott \_\_\_\_\_ (szülő neve) beleegyezem, hogy gyermekem részt vegyen a Főegyházmegyei Ifjúsági Főlelkészség által megszervezésre kerülő Csíksomlyói Ifjúsági Találkozón.

A 677/2001-es személyes adatok védelmére, feldolgozására és szabad közlekedésére vonatkozó törvény értelmében, beleegyezem, hogy a Főegyházmegyei Ifjúsági Főlelkészség feldolgozza a regisztráció során megadott adatokat, a Csíksomlyói Ifjúsági Találkozó résztvevők nyilvántartása céljából.

Hozzájárulok, hogy a CSIT ideje alatt készült fotókat, videókat, amelyeken a gyermekem szerepel, a szervezők közlétegyék a közösségi médiában (pl. facebook, instagram) és felhasználják a rendezvényről készült sajtóanyagokban.

\_\_\_\_\_  
résztevő aláírása

\_\_\_\_\_  
szülő aláírása (kiskorú gyerek esetén)

Kelt: \_\_\_\_\_

2018. \_\_\_\_\_ (hó) \_\_\_\_.(nap)

**Megjegyzés:** Szükséges érvényes **orvosi igazolás**, amelyet a CSIT kezdete előtt maximum 5 nappal állít ki a családorvos arról, hogy egészségügyi szempontból részt vehetsz a táborban (románul: apt pentru tabără). A jelentkezési lapot és az egészségügyi nyilatkozatot **a találkozóra kell hozni eredeti példányban**. A második oldal első felét a szülő tölti ki, a második felét a családorvos.

## Declarație

Subsemnații \_\_\_\_\_ părinții lui \_\_\_\_\_ prin  
prezenta:

(numele mamei și/sau a tatălui)

(numele copilului)

- aprob participarea copilului în tabăra de INTALNIERA TINERETULUI CATOLIC – CSIT 2018 în perioada 14-18. august 2018 la Șumuleu Ciuc de OFICILIUL ROMANO CATOLIC ARHIDIOCEZAN PENTRU TINERET.
- declara pe propria răspundere că copilul
  - suferă/nu suferă de boli cronice sau boli care necesită tratament permanent,
  - este/nu este alergic la medicamente
  - este/nu este alergic la alimente

• Denumirea bolii: \_\_\_\_\_

• Medicamentele care trebuie administrate sunt:

| Denumirea medicamentului | Câte comprimate trebuie administrate pe zi, intervalul de timp | Mențiuni |
|--------------------------|--|----------|
|                          |  |          |
|                          |  |          |
|                          |  |          |

• Denumirea medicamentului alergic: \_\_\_\_\_

• Denumirea alimentului alergic: \_\_\_\_\_

În cazul în care după semnarea acestei declarații până la plecarea în tabără apar modificări în cele declarate mai sus voi anunța responsabilii de grup.

Numele părinții: \_\_\_\_\_

Mobil : \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura părinții \_\_\_\_\_

fata

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Județul .....   | Nr. fișă / registru de consultații .....   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Localitatea .....   | .....  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Unitatea sanitară ..... CNP   | <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ADEVERINȚĂ MEDICALĂ</b>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se adeverește că: .....   | Sexul: M / F   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| numele și prenumele   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| cu domiciliul în: județul ..... localitatea ..... str. ....             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nr. .... bl. .... ap. .... sect. .... având ocupația de: ..... la ..... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Este suferind de: .....   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se recomandă .....  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S-a eliberat prezenta spre a-i servi la: .....                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data eliberării:<br>anul ..... luna ..... ziua ....                     | Semnătura și parafa medicului,<br>L. S. ....   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

verso

|   |
|---|
| Concluziile examenului medical de bilanț: ..... |
| Rezultatul investigațiilor medicale: .....      |
| Recomandări: .....                              |
| Apt pentru: .....                               |